



Fot. Ministerstwo Zdrowia

DBAMY O KAPITAŁ LUDZKI

Rozmowa z wiceministrem zdrowia Piotrem Bromberem

Proszę o ogólną ocenę dialogu w systemie ochrony zdrowia. Pytam o rozmowy z przedstawicielami zawodów medycznych, dyrektorami szpitali, ekspertami z branży farmaceutycznej i reprezentantami organizacji pacjentów. Czy potrafimy rozmawiać i dochodzić do kompromisów?

Może zacznę od tego, jak widzę dialog. Każda relacja ma etapy lepsze i gorsze. I jakkolwiek zabrzmiało to banalnie – o każdą relację trzeba dbać.

Niby oczywiste, ale nie jest to takie łatwe.

Bez nadmiernego teoretyzowania, ująłbym to następująco: bliżej mi do „kultury kompromisu” niż do „kultury racji”. Według mnie istotą dialogu jest to, by rozmówcy nawzajem siebie słuchali i „nie okopywali się” w swoim widzeniu problemu. Dlatego jeste-

śmy otwarci na dyskusję na każdy temat zgłaszany przez partnerów społecznych. W wielości i różnorodności pomysłów w ochronie zdrowia i oczekiwań, a także łatwości „recenzowania” szukamy porozumienia, a nie poklasku. Poprzez liczne spotkania pokazujemy, że druga strona może mówić o tym, co chce zmieniać, i że przekłada się to na projekty rozwiązań prawnych lub organizacyjnych. Regularnie spotykamy się z liderami samorządów zawodów medycznych, systematycznie rozmawiamy w ramach prac zespołu problemowego ds. ochrony zdrowia Rady Dialogu Społecznego oraz Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia. Zależy mi na tym, by odbiór zespołu był adekwatny do jego rangi.

Wbrano już członków Rady Organizacji Pacjentów spośród kandydatów zgłaszanych przez organizacje

pacjenckie. Rada składa się z piętnastu osób. Jej zadanie to omawianie spraw systemowych w ochronie zdrowia przekazanych przez organizacje pacjentów oraz przyjmowanie propozycji zmian do projektów aktów prawnych. W ten sposób chcemy zachęcić organizacje pacjentów do czynnego udziału w procesie legislacyjnym.

Reasumując – zależy nam na tym, by organizacje pacjentów, ale także strona związkowa, pracodawcy i samorządy zawodowe brały aktywny udział w procesie zmian w ochronie zdrowia.

Muszę też spytać o sprawy związane z sytuacją w Ukrainie. Czy resort wie, ilu studentów uczelni medycznych przybyło do Polski i ilu z nich może chcieć kontynuować edukację w naszym kraju?

Wspólnie z Ministerstwem Edukacji i Nauki podjęliśmy się zorganizowania kontynuacji studiów dla studentów kierunku lekarskiego i dentystycznego w Polsce. Stworzyliśmy dwie bazy studentów: Polaków oraz Ukraińców studiujących w Ukrainie, którzy w związku z wojną nie mogą kontynuować nauki i chcieliby zrobić to w naszym kraju. Łącznie to ponad 800 osób, z czego 500 stanowią Polacy studiujący w Ukrainie.

Znaleźliśmy miejsce dla wszystkich studentów z obu tych grup, dzięki czemu mają oni możliwość kontynuowania edukacji. Naszą rolą było stworzenie warunków prawnych i organizacyjnych dogodnych zarówno dla studentów, jak i dla uczelni. Opracowaliśmy mechanizm finansowania, bo przypomnę, że jeśli chodzi o Polaków studiujących w Ukrainie, to wyrównamy różnicę związaną z kosztami nauki w obu krajach. Dla obywateli Ukrainy przygotowaliśmy dwa rodzaje wsparcia stypendialnego wspólnie z Narodową Agencją Wymiany Akademickiej. Pierwsze stypendium jest przeznaczone dla osób spełniających kryteria merytoryczne i znających język angielski w stopniu umożliwiającym studiowanie, które są gotowe do podjęcia nauki w Polsce. W tym przypadku obowiązuje dopłata do czesnego za naukę w wysokości 18 tys. zł za semestr. To kwota adekwatna do raty kredytu, którego będziemy udzielali studentom. Drugi rodzaj wsparcia to stypendia socjalne oraz finansowe, które pozwolą pokryć koszty zdobycia kwalifikacji i umiejętności językowych oraz utrzymać się w Polsce. Ponadto stworzyliśmy przepisy, które umożliwiają uczelniom weryfikację wiedzy studentów oraz przypisanie ich do odpowiedniego etapu studiów.

I od razu pytanie o lekarzy z Ukrainy. Jakie rozwiązania legislacyjne planują państwo, aby ułatwić im podjęcie pracy w Polsce? Czy resortowi na tym zależy?

Bardzo dużo już zrobiliśmy, by ułatwić pracę lekarzom, pielęgniarkom i ratownikom medycznym, którzy uzyskali dyplom w krajach spoza Unii Europejskiej. Przepisy, które upraszczają zatrudnienie tych osób, mamy już od ponad roku. Od początku 2021 r. wpłynęło do nas przeszło 2100 wniosków od lekarzy i dentystów z państw spoza Unii Europejskiej oraz od 660 pielęgniarek [wszystkie dane pochodzą z końca kwietnia 2022 r. – przyp. red.].

Od dnia wybuchu wojny w Ukrainie, czyli 24 lutego 2022 r., wpłynęło już ok. 300 wniosków od lekarzy i dentystów oraz ponad 140 wniosków od pielęgniarek i położnych będących obywatelami Ukrainy. Wprowadzone przepisy umożliwiają im podjęcie pracy w swoim zawodzie w Polsce na określonych zasadach przez maksymalnie 5 lat bez konieczności nostryfikacji dyplomu.

Generalnie lekarze, którzy posiadają w swoim kraju specjalizację, mogą uzyskać zgodę na samodzielną pracę w dowolnym podmiocie leczniczym w Polsce pod warunkiem uprzedniej co najmniej 3-miesięcznej pracy w tym podmiocie pod nadzorem lekarza posiadającego pełne uprawnienia zawodowe.

Jest to czas weryfikacji

wiedzy i umiejętności lekarzy ukraińskich oraz zapoznania ich z zasadami funkcjonowania danego podmiotu leczniczego i systemu ochrony zdrowia w Polsce. Można powiedzieć, że to taki okres adaptacyjny. Lekarze, którzy nie mają specjalizacji, mogą pracować wyłącznie pod nadzorem przez cały, maksymalnie 5-letni okres zatrudnienia. Ich status możemy porównać do lekarza w trakcie stażu podyplomowego. Podobne rozwiązania – z tą różnicą, że oparte na długości doświadczenia zawodowego – przygotowaliśmy także dla pielęgniarek i położnych.

W związku z konfliktem zbrojnym w Ukrainie wprowadziliśmy dodatkową możliwość pracy dla lekarzy z państw spoza Unii Europejskiej, którzy do tej pory mogli wykonywać zawód jedynie w podmiotach przeznaczonych dla chorych na COVID-19 lub w podmiotach ściśle wskazanych w decyzjach ministra zdrowia. Obecnie mogą oni pracować także w tych podmiotach leczniczych, które udzielają świadczeń medycznych pacjentom z Ukrainy.

Pracujemy teraz nad narzędziem informatycznym, które umożliwi nawiązywanie współpracy pomiędzy pracownikami i pracodawcami. Przy tak dynamicznym jak obecnie napływie personelu należy przyjąć, że większość

OD WYBUCHU WOJNY W UKRAINIE

WPŁYNĘŁO JUŻ OK. 300 WNISKÓW

OD LEKARZY I DENTYSTÓW ORAZ PONAD

140 WNISKÓW OD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

BĘDĄCYCH OBYWATELAMI TEGO KRAJU



Fot. Ministerstwo Zdrowia

przybywających nie ma nawiązanych relacji zawodowych, dlatego taka baza dostępna dla pracodawców będzie bardzo przydatna.

Duże wątpliwości budził brak znajomości języka polskiego wśród medyków.

Dlatego na nasze zlecenie Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego zorganizowało kurs zawodowego języka polskiego dla personelu medycznego z Ukrainy. Zgłosiło się już ok. 3000 osób. W naukę języka polskiego inwestują też lekarze cudzoziemcy oraz kierownicy podmiotów leczniczych, którzy są zainteresowani tymi uproszczonymi rozwiązaniami.

Mówi się, że w Polsce jest kryzys kadr medycznych. Czy pracownicy medyczni z Ukrainy pomogą rozwiązać ten problem?

Uproszczone systemy zatrudniania medyków z państw spoza Unii Europejskiej mogą jedynie łagodzić skutki tego deficytu, zwłaszcza że dodatkowy personel trafia

głównie do szpitali, gdzie braki kadrowe są najmocniej odczuwalne.

Po rekrutacji na specjalizacje wolne miejsca są na internie, medycynie ratunkowej, chirurgii ogólnej i onkologii. Dlaczego przyszli lekarze nie chcą się specjalizować w tym zakresie? Jakie pomysły ma resort na rozwiązanie problemu z wybieraniem konkretnych specjalizacji?

Rezydentury w dziedzinach priorytetowych stanowią teraz zdecydowaną większość i jest ich ok. 13 tys. Obecnie 2643 lekarzy odbywa szkolenie specjalizacyjne z chorób wewnętrznych i 1050 lekarzy z chirurgii ogólnej. Zazwyczaj obie te dziedziny są w pierwszej dziesiątce najchętniej wybieranych specjalizacji, choć oczywiście to ciągle za mało. Dodatkowo Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego przygotowało ankiety dla personelu medycznego, głównie lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, które miały dać odpowiedź na kilka ważnych pytań dotyczących wyboru specjalizacji, jej przebiegu, stopnia przygotowania do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Wyniki są jeszcze analizowane, ale pierwsze wnioski dotyczą niedostatecznego zaangażowania kierowników specjalizacji oraz kierowników podmiotu leczniczego w proces organizacji szkolenia specjalizacyjnego oraz niedostosowanego do rzeczywistości i często trudnego do zrealizowania programu szkolenia. Ponad 70 proc. respondentów zwracało uwagę na te aspekty kształcenia specjalizacyjnego.

Negatywna ocena dotyczy także sytuacji, gdy rezydent jako pracownik, którego kosztów zatrudnienia nie ponosi podmiot leczniczy, traktowany jest jak „siła robocza”, a nie uczeń, który powinien udzielać świadczeń zdrowotnych. Tylko w ten sposób może zdobywać wiedzę, umiejętności i doświadczenie zawodowe, czyli realizować program szkolenia specjalizacyjnego. Mamy nadzieję, że w maju będziemy mogli zaprezentować wyniki. Będą dla resortu drogowskazem, jakie działania należy podjąć, by pobudzić zainteresowanie młodych ludzi tymi dziedzinami medycyny, w których najbardziej potrzebujemy personelu.

Czy chcecie zwiększyć liczbę miejsc na kierunkach lekarskich? Jeśli tak, to kiedy?

W ciągu kilku ostatnich lat zwiększyliśmy liczbę miejsc dla studentów o ok. 3000. To, ile personelu medycznego będziemy potrzebować, zależy od rzeczywistych potrzeb zdrowotnych.

Docelowo chcemy zbudować model ekonometryczny. Mamy trzy perspektywy: modelową, wiedzę konsultantów krajowych i wiedzę ekspertów HR. Zgromadziliśmy informacje na temat liczby, wieku i miejsc pracy lekarzy, dentystów, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów i diagnostów laboratoryjnych. Analizujemy tzw. wymienialność pokoleniową lekarzy specjalistów – bierzemy pod uwagę, ilu lekarzy wchodzi na rynek pracy w danej dziedzinie,

a ilu osiąga wiek emerytalny. Monitorujemy także wymiennalność pokoleniową pod innym kątem – porównujemy liczbę absolwentów kończących studia medyczne z liczbą podejmujących pracę w zawodzie. Sprawdzamy, czy wybierają placówki medyczne w swoim województwie, czy wyjeżdżają do innego. Mamy informacje, w ilu miejscach lekarze poszczególnych specjalności podejmują zatrudnienie. Wyniki naszych analiz są sukcesywnie publikowane na stronie basiw.mz.gov.pl.

Co jeszcze ministerstwo chce zrobić, by zachęcić młodych do wyboru medycyny?

Przygotowaliśmy „Pakiet dla młodych”. Składa się on z siedmiu elementów: kredytów dla studentów, partycypacji w decyzjach, wzmocnienia kompetencji, zmiany standardów kształcenia, pracy dla studenta, oferty dla młodych dydaktyków i zmian w kształceniu podyplomowym.

Czemu ma służyć zmiana standardów kształcenia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym?

Istotą tej zmiany jest upracticznienie studiów, czyli lepsze przygotowanie do zawodu. Polega ona na zmianie proporcji pomiędzy „dostarczeniem” wiedzy a „wyposażeniem” studentów w kompetencje i umiejętności. Planujemy także, by na szóstym roku odbył się obowiązkowy egzamin praktyczny. Właśnie zakończył pracę zespół odpowiedzialny za przygotowanie nowych standardów. W Ministerstwie Edukacji i Nauki trwają prace nad finalną wersją rozporządzenia, które następnie trafi do konsultacji publicznych. Zależy nam na tym, żeby zakończyć prace nad tą nowelizacją w drugim kwartale 2022 r. Chcemy dać uczelniom czas, żeby mogły się przygotować do kształcenia na nowych zasadach od roku akademickiego 2023/2024.

To będzie wymagać innego podejścia nie tylko ze strony władz uczelni, lecz przede wszystkim ze strony kadry dydaktycznej.

Zależało nam na zdefiniowaniu oczekiwań wobec prowadzących zajęcia. Jeżeli przekazują wiedzę praktyczną, to powinni również wskazać, kiedy student będzie mógł ją wykorzystać. Jest to ważne, ponieważ pozwala uniknąć sytuacji, w której student uczy się czegoś i nie jest przekonany, że mu się to przyda. Jeśli prowadzący wskaże tę perspektywę, znikną takie wątpliwości.

Co kryje się pod hasłem „wzmocnienie kompetencji”?

Kładziemy większy nacisk na komunikację pomiędzy członkami kadry medycznej, a także komunikację z pacjentem. Widzimy, że część problemów w ochronie zdrowia jest efektem braku komunikacji. Zdarza się, że pacjent uzyskuje pomoc medyczną, ale opuszcza szpital czy przychodzi z poczuciem, że nie otrzymał wystarczającej opieki, że ma za mało informacji

NASZA PROPOZYCJA JEST JASNA:

DAJĄC KREDYT, UMOŻLIWIAMY KSZTAŁCENIE

OSOBOM, KTÓRYCH DO TEJ PORY NIE BYŁO STAĆ

NA PŁATNE STUDIA LEKARSKIE,

ALE ZALEŻY NAM, ŻEBY ONE WESZŁY

DO SYSTEMU PUBLICZNEGO

I WYBRAŁY DEFICYTOWE SPECJALIZACJE

i czuje się zagubiony w systemie. Zależy nam na tym, by lekarze uwzględniali odczucia pacjenta.

Dodatkowo zleciliśmy uniwersytetom medycznym, by wprowadzono zajęcia fakultatywne z komunikacji w zawodzie. Chcemy wyposażać młodych ludzi w umiejętności, które pozwolą im lepiej radzić sobie ze stresem oraz z odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjenta.

Kolejny punkt „Pakietu dla młodych” to kształcenie podyplomowe.

Planujemy centralny nabór na szkolenie specjalizacyjne od jesieni 2022 r. Musimy też uwzględnić konieczność zwiększenia liczby rezydentur z uwagi na większą liczbę absolwentów kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego oraz umożliwić zwolnienie z części ustnej w przypadku bardzo dobrego wyniku części pisemnej państwowego egzaminu specjalizacyjnego.

W lipcu musimy zatwierdzić nowe programy specjalizacyjne. Sprawdzamy, czy możemy jeszcze skrócić czas odbywania specjalizacji i w jakim stopniu oraz o ile można zmniejszyć liczbę kursów. Chodzi o to, żeby szybciej uzyskać więcej specjalistów.

Czy nie odbije się to negatywnie na wiedzy przyszłych specjalistów?

Mam na myśli przede wszystkim dostosowanie programów szkolenia do aktualnej wiedzy medycznej, zwłaszcza w kontekście rodzajów procedur medycznych objętych szkoleniem, a także rezygnację z wybranych teoretycznych kursów specjalizacyjnych, które są nadmiarowe i nie wnoszą wartości dodanej do procesu szkolenia.

Co z kredytami dla studentów? Kiedy będą dostępne?

Zgodnie z nowymi przepisami studenci kierunków medycznych będą mogli zaciągnąć kredyt na częściowe lub całkowite pokrycie kosztów czesnego. Wydatki państwa na kształcenie studenta medycyny wynoszą od 190 tys. zł



Fot. Ministerstwo Zdrowia

do 250 tys. zł. Kredyt ma pozwolić na częściowe lub całkowite pokrycie kosztów czesnego, a zatem mogą z niego skorzystać wyłącznie studiujący odpłatnie zarówno na uczelniach publicznych, jak i prywatnych.

O kredyt będą mogły się ubiegać osoby będące już w trakcie studiów oraz te, które rozpoczęły naukę w tym roku akademickim. Minimalny okres kredytowania to rok akademicki, maksymalny – całe studia, czyli 6 lat.

Szacujemy, że w pierwszym roku obowiązywania przepisów uprawnionych do skorzystania z kredytu będzie ponad 7 tys. studentów. Rozmawiamy z jednym z banków, by w maju zaoferować studentom taki produkt. Kredyt będzie pokrywał czesne, jednak do wysokości corocznie ustalonej przez ministra zdrowia. Najważniejszym dokumentem uprawniającym do ubiegania się o kredyt będzie zaświadczenie z uczelni potwierdzające status studenta kierunku lekarskiego. Oczywiście taki kredyt trzeba będzie odpracować w publicznym systemie. Nasza propozycja jest jasna: dając kredyt, umożliwiamy kształcenie osobom, których do tej pory nie było stać na płatne studia lekarskie, ale zależy nam, żeby one weszły do systemu publicznego i wybrały deficytowe specjalizacje.

Zakończyliśmy już proces legislacyjny. Ustawa i rozporządzenie weszły w życie, podpisaliśmy także umowę z Bankiem Gospodarstwa Krajowego, który jest operatorem funduszu, z którego będą finansowane kredyty na studia medyczne.

A co z dodatkowymi pieniędzmi dla medyków? W „Pakiecie dla młodych” nie ma o nich mowy. Czy jest pan w stanie zrozumieć, że kryterium zarobków u niektórych osób znajduje się na pierwszym miejscu?

Przyjmuję ten fakt do wiadomości. Wiem, że studenci i absolwenci mają inne oczekiwania finansowe, dlatego dbamy o to, by wynagrodzenia w publicznym systemie ochrony zdrowia się zwiększały. Zgodnie z projektem nowelizacji ustawy o minimalnych gwarantowanych wynagrodzeniach zasadniczych w ochronie zdrowia, który niedawno trafił do konsultacji publicznych, tylko w drugim półroczu 2022 r. dodamy na wzrost wynagrodzeń ponad 7 mld zł. W myśl tego projektu zasadnicze wynagrodzenie minimalne lekarza specjalisty wzrośnie z 6,7 tys. zł do ponad 8,2 tys. zł. To naprawdę duża zmiana.

Co z innymi podwyżkami od lipca 2022 r. – czy coś jeszcze może się wydarzyć?

Projekt zmiany ustawy odzwierciedla stanowisko Zespołu Trójstronnego. To było nasze zobowiązanie, z którego się wywiązujemy. Jeśli na etapie prac parlamentu pojawią się pomysły ewentualnych zmian, będziemy na ten temat dyskutowali.

Rozmawiał Krystian Lurka